

162

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N^o —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 janvier 1904, à 1 heure.

PAR

Edouard MOURIER

Né à Paris le 8 août 1871

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES RAPPORTS
de l'hystérie et de la paralysie générale

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : MM. POZZI, professeur,

G. BALLET, MAYGRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
		CHANTEMESSE.
		HAYEM.
Clinique médicale.....	}	DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GAUCHER.
		RAYMOND
		TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	}	DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERRONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Agrégés en exercice.		
MM.		
ACHARD	FAURE	LEGUEU
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE
BESANÇON	TOURETTE	MARION
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY
CUNEO	JEANSELME	RENON
DEMLIN	LANGLOIS	RICHAUD
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFEL (chef.
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)
		TEISSIER
		THIERY
		THIROLOIX
		THOINOT
		VAQUEZ
		WALLICH
		WALTHER
		WIDAL
		WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE

A MES SŒURS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Professeur de clinique des maladies mentales

Chevalier de la Légion d'Honneur

Médecin des hôpitaux

Médecin de l'Asile Ste-Anne.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

C'est pour nous un devoir bien doux de nous conformer à l'usage de cette Ecole, et de mettre en tête de ce modeste travail, dernier acte de nos études médicales, les mots de remerciement et de reconnaissance.

Reconnaissance surtout à notre mère dont toute la vie fut vouée au bonheur de ses enfants ; à notre beau-père, dont la générosité nous a permis de satisfaire aux exigences pécuniaires de la vie d'étudiant.

Notre reconnaissance est grande aussi envers les maîtres qui nous ont guidé dans le cours de nos études : M. le docteur Talamon qui a commencé notre éducation médicale, et près duquel nous sommes venu terminer nos études cliniques, séduit par la variété et la philosophie de ses leçons ; M. le docteur Tuffier, professeur agrégé à cette Faculté, qui sait joindre à la brillante habileté de chirurgien, l'enseignement clair et précis du diagnostic et de la clinique chirurgicale ; M. le docteur Doléris, qui, à l'hôpital Boucicaut, nous enseigna la pratique des accouchements.

Notre reconnaissance s'adresse également aux maîtres dont nous avons fréquenté les services hospitaliers à titre bénévole, et près desquels nous avons

trouvé un accueil bienveillant et d'utiles leçons ; M. le professeur agrégé Launois, MM. les docteurs Ombredanne et Savariaud à la consultation de chirurgie de l'hôpital Tenon ; M. le professeur agrégé Marfan, M. le docteur Comby, à l'hôpital des Enfants Malades ; M. le docteur Ducastel, à l'hôpital Saint-Louis.

M. le docteur Roy, chef de clinique des maladies mentales, nous a toujours témoigné une grande bienveillance et nous a aidé de ses conseils dans ce travail : nous l'en remercions très sincèrement.

Que M. le professeur Joffroy, dont nous avons suivi, comme stagiaire, les intéressantes leçons à la fin de nos études et qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien agréer tous nos respectueux remerciements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RAPPORTS DE L'HYSTÉRIE
ET DE
LA PARALYSIE GÉNÉRALE

INTRODUCTION

Au mois de juin dernier, M. le professeur Joffroy présentait à la clinique des maladies mentales deux femmes hystériques devenues paralytiques générales. Après avoir retracé l'histoire de ces deux malades, il nous exposait d'une façon précise ce qu'il pensait de l'alliance de l'hystérie et de la paralysie générale. A cette occasion, il nous engageait à étudier, dans notre thèse, les rapports de l'hystérie et de la paralysie générale. Encouragé par notre maître, nous avons entrepris cette question, dont les termes étaient bien faits pour effrayer nos connaissances restreintes en pathologie mentale ou nerveuse.

L'hystérie a des rapports multiples avec toutes les affections organiques, spécialement celles du système nerveux. Elle peut les simuler, constituant des syndrômes hystériques, simulateurs des maladies organiques. Elle peut s'y associer, unir ses symptômes aux leurs d'une façon plus ou moins intime, formant ainsi les associations hystéro-organiques. En outre, du développement de la maladie sur le terrain hystérique peut résulter un aspect clinique différent, une évolution plus ou moins modifiée de celle-ci, un changement dans les manifestations de la névrose.

A la parfaite connaissance de ces divers états sont attachés le nom illustre de Charcot, et ceux de ses élèves, aujourd'hui nos maîtres.

Ces rapports existent entre l'hystérie et la paralysie générale. Ce sont eux seuls que nous chercherons à mettre en évidence par l'étude de toutes les observations que nous avons pu recueillir. Et, conscient de notre faiblesse, nous nous garderons bien de nous engager, dans des questions aussi élevées que celles relatives à la nature et à la genèse des deux affections.

Après avoir fait l'historique de la question des rapports de l'hystérie et de la paralysie générale, nous étudierons :

1^o L'hystérie, simulatrice de la paralysie générale.

2^o Le résultat du développement de la paralysie générale sur un terrain hystérique ; les modes d'associations des deux affections ; leur influence réciproque sur leur évolution respective ; la fréquence plus ou moins grande de leur alliance.

HISTORIQUE

La coexistence de l'hystérie et de la paralysie générale se trouve pour la première fois signalée nettement dans le *Traité de la paralysie générale des aliénés* de A. Voisin (1879). L'auteur ne cherche pas à donner une explication de « ces faits rares, mais intéressants à connaître ».

Il fait seulement la description de 3 attaques hystériques observées chez 3 femmes paralytiques générales.

Il termine le court paragraphe consacré aux attaques hystériformes dans la paralysie générale par ces mots : « Ces accidents rares chez la femme n'ont jamais été observés chez l'homme ».

Trois ans après, 1882, M. Régis, alors chef de clinique des maladies mentales, à Sainte-Anne, publiait dans la *Gazette Médicale de France* la première observation d'un homme hystérique devenu paralytique général.

De l'étude approfondie de ce cas unique, M. Régis conclut à un antagonisme naturel entre la névrose et la maladie organique. Quand, par hasard, la paraly-

sie générale se développe chez un hystérique, il s'établit une sorte de lutte entre la névrose et la méningo-encéphalite, lutte dont sort victorieuse la névrose, amenant un temps d'arrêt des phénomènes de déchéance et donnant au délire de la paralysie commerciale une forme bizarre, étrange, colorée qui se complique d'hallucinations visuelles.

La même année, M. Régis inspirait la thèse de Charrière qui reflète les mêmes idées. Trois observations, dont celle de M. Régis. Mais, il faut bien le dire, les 2 autres observations que nous avons rapportées dans ce travail, ne semblent guère confirmer les idées de M. Régis.

Dans la même thèse, nous trouvons une communication de M. le docteur de Montyel, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille, concernant 2 hystériques paralytiques généraux chez qui la névrose n'entrave nullement la marche progressive de l'affection organique.

M. le docteur Rey, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard, M. le docteur Camuset, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse, publiaient, l'un en 1883, l'autre en 1884, 2 observations d'hommes hystériques devenus paralytiques généraux.

En 1885, M. le docteur Rey présentait au Congrès de phrénatrie d'Anvers un mémoire ayant pour titre : *De l'hystérie chez les femmes atteintes de paralysie générale*. Il y rapporte l'observation de 7 femmes ayant présenté les 2 affections, et arrive à des conclusions opposées à celles de M. Régis. La

névrose ne donnerait aucune physionomie nouvelle à la méningo-encéphalite diffuse, à peine une forme plus ou moins atypique dans le délire. Elle ne tarde pas à disparaître devant les progrès de la paralysie générale, bien loin d'enrayer sa marche.

Dans une communication du 30 juin 1890 à la Société Médico-Psychologique sur « *les intoxications et la paralysie générale* », M. le docteur Charpentier, aujourd'hui médecin de la Salpêtrière, reprenait les idées de M. Régis sur la rareté de la paralysie générale et sa marche anormale chez les hystériques.

Une des conclusions est ainsi formulée : « L'absence de paralysie générale dans les névroses convulsives serait due à une modification de texture du tissu interstitiel, congénitale, d'où résulterait l'incapacité de ce tissu à proliférer suffisamment pour reproduire les lésions de la paralysie générale. »

L'explication nous semble hypothétique et inadmissible car cette modification de texture et cette incapacité n'ont pu être observées histologiquement ; et d'autre part, elle ne semble pas tenir compte de l'importance des lésions de la cellule nerveuse dans le processus morbide de la paralysie générale.

M. le Dr Babinsky, en 1892, dans sa note à la Société Médicale des Hôpitaux sur *l'association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux, les névroses et autres affections* rapporte, parmi plusieurs autres, l'observation d'un paralytique général ayant présenté de l'astasia-abasie hystérique.

Dans ce cas, M. le Dr Babinsky considère l'alliance

de la paralysie générale et de l'hystérie comme une association hystéro-organique, analogue à celles qu'on observe dans les maladies de la moelle, et dont Charcôt a donné des exemples.

Pendant dix années la question des rapports de l'hystérie et de la paralysie générale semble perdre de l'intérêt que lui avaient prêté M. Régis et M. Charpentier. Une seule observation figure dans la *Revue de Neurologie*, celle de Libouchine présentée à la Société de Neurologie de Moscou en 1899.

Mais en 1902 paraît une observation de J. Collet et Jean Lépine, de Lyon, concernant un cas d'hystérie à forme de paralysie générale, sorte de pseudo-paralysie générale hystérique, la seule observation de ce genre que nous ayons rencontrée. En même temps 2 observations de M. Juquelier, interne de M. le Dr Vigouroux à l'asile de Ville-Evrard, concernant 2 hommes hystériques devenus paralytiques généraux, étaient présentées à la Société Médico-Psychologique.

Ces trois observations semblent appeler de nouveau l'attention sur la question des rapports de l'hystérie et de la paralysie générale. Au mois de mars 1903, M. le Dr A. Marie, de Villejuif, lisait à la même Société Médico-psychologique un rapport sur les *névroses et la paralysie générale*. Loin d'admettre l'antagonisme entre la névrose et la paralysie générale, il émettait l'idée ingénieuse de névroses préparalytiques, hystérie ou autre, qui seraient le premier degré de l'altération des éléments nerveux,

altérations que ne peuvent déceler nos moyens actuels d'investigation.

Au mois de juin dernier, deux femmes hystériques offrant des symptômes de paralysie générale entraient à Sainte-Anne. M. le professeur Joffroy les présentait dans la même leçon clinique, et commentant l'histoire de ces deux malades, il arrivait à une conclusion analogue à celle de M. Rey en 1885 : le peu d'influence de l'hystérie sur le développement de la paralysie générale, et la disparition graduelle de la névrose devant le progrès de la maladie organique.

Déjà en 1892, M. le professeur Joffroy avait présenté un cas semblable dans ses leçons à la Salpêtrière : Il s'agissait d'une paralytique générale chez laquelle les signes classiques de la méningo-encéphalite progressive ne permettaient aucun doute sur la réalité du diagnostic. La malade était hystérique, sujette depuis plusieurs années à de grandes crises convulsives : ses attaques d'hystérie s'espacèrent et s'atténuèrent de plus en plus, à mesure que s'accusaient les symptômes de la paralysie générale ; mais elles persistèrent néanmoins pendant plusieurs mois, après que le diagnostic était absolument indiscutable. M. A. Marie fait allusion à ce cas dans le rapport que nous venons de citer.

RAPPORTS DE L'HYSTÉRIE ET DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

I

Hystérie simulatrice de la paralysie générale.

L'hystérie peut-elle simuler la paralysie générale ? Peut-on décrire une pseudo-paralysie générale hystérique, comme on a décrit des pseudo-tabes, des pseudo-scléroses en plaques hystériques ? *A priori*, on ne voit pas pour quelle raison la grande simulatrice qui sait si bien imiter les maladies organiques du cerveau et de la moelle, les plus voisines de la méningo-encéphalite diffuse, ne pourrait pas emprunter le masque de cette dernière, du moins réduite à ses traits les plus simples, lorsque la déchéance intellectuelle n'est pas trop accentuée, c'est-à-dire à la période prodromique et à la période de début de la méningo-encéphalite diffuse.

A la période prodromique de la paralysie générale, période mal définie, on trouve souvent les symptômes de la neurasthénie. M. Ballet a décrit cette période prodromique de la paralysie générale à forme neurasthénique. Elle est assez fréquente selon lui, et en face d'un neurasthénique, la possibilité de la paralysie générale doit être envisagée. D'autre part l'association de l'hystérie et de la neurasthénie est loin d'être rare. « La plupart des névroses, nous dit M. le professeur Brissaud, sont prédisposantes les unes à l'égard des autres. Elles s'attirent et s'appellent. M. Charcot nous a enseigné que l'hystérie et la neurasthénie se juxtaposent fréquemment ».

Il peut résulter de cette association un tableau capable de faire penser à un début de paralysie générale et de rendre le diagnostic hésitant. M. le professeur agrégé Ballet, dans son récent *Traité de Pathologie mentale*, dit avoir observé plusieurs cas de ce genre. Peut-être sont-ils plus fréquents que pourrait le faire croire l'absence d'observations dans les publications et traités spéciaux. Il est possible que la plupart de ces hystéro-neurasthéniques ne consultent pas les médecins spécialistes qui seuls pourraient soulever ce diagnostic.

A la période de début, la paralysie générale peut présenter bien des symptômes susceptibles d'être imités par l'hystérie. Elle offre des variétés cliniques nombreuses, et il a fallu plus d'un demi-siècle d'études et le talent d'aliénistes distingués, Carmel, Par-chappe, Baillarger, Magnan, Joffroy, pour mettre

quelque ordre dans cette confusion de formes et bien établir l'ensemble symptomatique qui constitue l'élément essentiel de la paralysie générale, sur lequel vient se greffer une symptomatologie accessoire et étrangement variable.

Le 1^{er} symptôme qui marque « l'entrée officielle dans la paralysie générale » (Joffroy) est très variable. A côté de la forme élémentaire rare, qui commence sans bruit par l'affaiblissement intellectuel progressif et les signes physiques essentiels (tremblement, incoordination motrice, trouble de la parole), on trouve souvent un début brusque par un symptôme quelconque : délire maniaque, mélancolique, attaque épileptiforme, ictus apoplectique, etc.

Chacun de ces symptômes peut se rencontrer dans l'hystérie, assez ressemblant, sinon identique, pour obliger à faire le diagnostic. Mais plus que tous les autres, l'ictus paralytique peut ressembler à l'ictus hystérique. Dans un des deux cas que M. le professeur Joffroy a rapportés dans sa leçon clinique de juin 1903, on voit l'ictus paralytique du début pris pour un ictus hystérique.

Inversement il est vraisemblable, en présence d'un ictus, de prendre pour un accident paralytique ce qui n'est qu'un accident hystérique, ou, du moins, est-il permis d'hésiter.

Nombreux sont les symptômes isolés et accessoires qu'on peut rencontrer dans les deux états, la plupart relevant de la dégénérescence, fonds commun, comme nous le verrons, de l'hystérie et de

la paralysie générale : tic aérophagique, anesthésie pharyngée, etc. Mais ces troubles communs aux deux états ne feront douter qu'un instant, en présence du complexe symptomatique qui les accompagne.

Supposons maintenant une paralysie générale au début, se présentant avec les symptômes que MM. Magnant et Serieux reconnaissent comme seuls essentiels : signes physiques comprenant l'incoordination motrice, le tremblement, l'embarras de la parole, avec affaiblissement général, **mais peu marqué** encore des facultés psychiques : attention, mémoire, jugement, volonté, et compliquée momentanément, par exemple, de délire hypochondriaque.

Cet ensemble symptomatique ne peut-il pas être imité par l'hystérie ?

M. Dutil a décrit dans sa thèse inaugurale un tremblement hystérique analogue à celui de la paralysie générale : tremblement à oscillations rapides pouvant persister et se généraliser suffisamment pour produire un ensemble de troubles rappelant la paralysie générale.

MM. Debove et Achard signalent les difficultés du diagnostic dans ce cas : « Certaines formes de tremblement hystérique peuvent simuler la paralysie générale par les caractères mêmes du tremblement, la gêne qu'il apporte dans les mouvements des mains et des membres, l'embarras de la parole qu'il entraîne lorsqu'il est très marqué aux lèvres et à la langue ».

Si outre ce tremblement, l'hystérique a un état

mental particulier, des idées hypochondriaques, comme cela arrive quelquefois, on aura réuni chez le même individu un ensemble de symptômes formant un syndrome hystérique, analogue aux syndromes hystériques simulateurs du tabes et de la sclérose en plaques, décrits dans la savante thèse de M. Souques, analogue aux syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de l'encéphale chez les enfants, que M. Bardol a mis en relief dans sa thèse inaugurale.

Toutefois, en fait, par une singulière exception, qui pourrait être donnée, bien à tort, nous semble-t-il, comme une preuve de l'antagonisme entre la névrose et la méningo-encéphalite diffuse, l'hystérie simule rarement et simule mal cette affection organique. C'était l'opinion de M. Armould au Congrès des aliénistes et neuropathologistes de France tenu à Toulouse en 1897.

M. Babinsky, dans sa communication de 1892 à la Société Médicale des hôpitaux, à la fin d'une observation d'astasia-abasie hystérique chez un paralytique, dont nous parlerons plus loin, ajoutait cette remarque : « Pour ma part je n'ai jamais constaté dans l'hystérie ces troubles si spéciaux de l'articulation qui semblent appartenir en propre à la méningo-encéphalite diffuse. Je conçois néanmoins la possibilité de ce fait. »

Si le tableau clinique de la paralysie générale se complique, comme c'est très fréquemment le cas, de tremblement de la lèvre supérieure et de troubles

pupillaires, l'hystérie serait alors incapable de simuler. C'est l'avis de M. Babinsky pour qui « ces troubles pupillaires et ce tremblement de la lèvre supérieure sont étrangers à la symptomatologie de l'hystérie ».

Cependant dans l'observation de MM. Collet et J. Lépine, que nous rapportons dans cette thèse, le tremblement de la lèvre supérieure et de la langue que présentait le malade à sa première entrée à l'hôpital n'empêcha pas le diagnostic d'hystérie, vérifié par le traitement.

Rares sont en conséquence les faits de pseudo-paralysie générale hystérique.

Au commencement de l'année 1903, M. le professeur Joffroy a présenté à l'une de ses leçons cliniques une hystérique ayant un certain degré d'obnubilation mentale et d'amnésie, avec lenteur de la parole et troubles de la marche, qui avait été envoyée à Ste-Anne avec un certificat constatant qu'elle était atteinte de paralysie générale. Un examen attentif de la malade et en particulier une rachicentèse négative montrèrent qu'il ne s'agissait pas de paralysie générale mais purement et simplement de symptômes d'hystérie et en particulier d'astasié-abasie. Nous croyons d'ailleurs que cette leçon sera prochainement publiée.

Dans les publications spéciales nous n'avons trouvé qu'une observation d'hystérie simulant la paralysie générale. (Obs. 1). C'est celle rapportée en 1902 par MM. Collet et J. Lépine :

Il s'agissait d'un homme hystérique ayant présenté l'apparence d'un paralytique général. MM. Collet et J. Lépine, après avoir affirmé l'hystérie pendant les deux séjours du malade à l'hôpital, expliquèrent l'embarras spécial de la parole et l'inégalité pupillaire que présentait le malade à sa deuxième entrée comme le résultat d'abus d'alcool de date récente entre les deux séjours faits à l'hôpital. Cette association de l'hystérie et d'une légère intoxication alcoolique avait réalisé le tableau assez net d'un début de paralysie générale.

MM. Collet et J. Lépine avaient préalablement éliminé l'idée de syphilis cérébrale malgré la syphilis certaine du sujet, à cause de l'impuissance de l'iodure de potassium et des frictions mercurielles à améliorer l'état du malade que le traitement hydrothérapique et le calme moral rétablirent rapidement.

Peut-être quelques-unes des paralysies générales guéries, dont les observations ne sont plus très rares se rapprochent-elles du cas observé par MM. Collet et J. Lépine. Ne pourrait-on pas appliquer à ces guérisons de paralysie générale cette opinion de M. Souques relative aux guérisons des maladies de la moelle ? « Il est bien difficile de concevoir la disparition complète absolue, d'une lésion médullaire organique. Nous croyons, pour dire toute notre pensée, que ces guérisons doivent être reportées, pour la plupart, à l'actif de l'hystérie. »

Le cas suivant, pris dans la thèse de Charrière nous semble être de même nature que celui relaté

ci-dessus : « On peut voir en ce moment à la clinique des aliénés une malade hystérique qui présente, outre des accidents nerveux, hémianesthésie, etc., un embarras de la parole, un affaiblissement de la mémoire, un tremblement considérable des mains et des muscles de la langue, des difficultés dans la marche. Tous ces symptômes augmentent considérablement sous l'influence de la moindre émotion. Si nous ajoutons à cela des idées hypochondriaques, il ne nous manque que l'inégale pupillaire pour avoir un tableau à peu près complet des symptômes de la paralysie générale. »

Par contre, nous signalerons le cas inverse d'un paralytique général, observé par M. Joffroy, qui simulait assez bien une attaque d'hystérie quand on faisait sur lui des tentatives d'hypnotisme. Le diagnostic de la simulation ne présenta pas de grandes difficultés, d'autant plus que le malade ne tarda pas à se mettre à la disposition des médecins pour reproduire ses attaques simulées chaque fois qu'on le désirerait.

M. A. Marie a fait allusion à ce cas dans le rapport cité précédemment.

Diagnostic. — Jusqu'à ces dernières années, le diagnostic entre l'hystérie et la paralysie générale reposait sur la recherche des stigmates de la névrose : hémianesthésie, troubles visuels, zones hystérogènes, etc. Aujourd'hui la ponction lombaire fera cesser rapidement l'incertitude.

Leucocytes dans le liquide rachidien veut dire

paralysie générale : à condition toutefois que le diagnostic soit hésitant entre l'hystérie et la paralysie générale seulement, et qu'on ait éliminé la possibilité d'une inflammation chronique des méninges d'autre cause : alcoolisme, tabes, syphilis cérébrale, etc., cette dernière affection surtout.

Et ce qui fait la valeur de ce moyen de diagnose c'est qu'il semble infaillible aux premières périodes de la paralysie générale, les seules que puisse imiter l'hystérie. Nous avons entendu souvent M. Joffroy dire que si parfois chez des paralytiques généraux, malades depuis plus ou moins longtemps il a pu faire une ponction lombaire donnant issue à un liquide ne renfermant pas ou presque pas d'éléments figurés, jamais résultat semblable ne s'est présenté à lui chez un paralytique général au début ; de sorte que ce signe a pour lui la plus grande importance quand il s'agit de porter le diagnostic chez un malade dont les troubles mentaux sont de date récente.

II

Association de l'hystérie et de la paralysie générale.

Nous venons de voir que l'hystérie pouvait simuler, mais simulait mal la paralysie générale. Les observations en sont très rares.

Il nous faut maintenant examiner le cas où la paralysie générale se développe chez un hystérique.

Quelles particularités intéressantes résultent de l'association de la méningo-encéphalite diffuse et de la névrose ?

Il sera préférable de considérer séparément : 1° La véritable association hystéro-organique présentant un complexe plus ou moins intime de simples accidents hystériques superposés aux troubles paralytiques et provoqués par des lésions déjà constituées.

2° La paralysie générale évoluant chez des névropathes dont la vie a été semée d'épisodes appartenant à la grande hystérie, cette hystérie qui se rencontre chez des sujets prédisposés par leur naissance, leurs antécédents nerveux, et qui consistent une « aristocratie névropathique » (Babinsky).

1° Association hystéro-organique

Ce groupe rentre dans la catégorie des associations de l'hystérie et des maladies organiques du système nerveux, associations mises en lumière par Charcot en France, par Westphall en Allemagne.

Les élèves de Charcot ont continué les recherches du maître, et les observations d'associations hystéro-organiques sont devenues de plus en plus nombreuses. En 1891, la thèse de M. le Dr Souques a exposé les connaissances acquises sur ce sujet.

Pour M. Babinsky les associations hystéro-organiques sont très fréquentes, plus fréquentes que ne

semble l'indiquer les observations publiées, au moins les associations de la petite hystérie.

« Les travaux en question, dit-il (relatifs à ces associations hystéro-organiques) sont pour la plupart fort succincts, consistent dans la relation d'un ou de plusieurs faits et en définitive si l'on s'appuyait exclusivement sur eux pour apprécier l'importance de ces associations morbides en pathologie, on pourrait supposer que les cas de ce genre sont relativement rares, ce qui ne serait pas exact. On a en effet, le droit d'affirmer *à priori* que toutes les maladies peuvent s'associer à l'hystérie, et rien n'est du reste plus facile à concevoir. Si en effet, un léger traumatisme, une simple émotion est susceptible de provoquer chez un individu sain, jusque-là, l'apparition d'accidents hystériques, il est tout naturel qu'une affection du système nerveux, qu'un état pathologique préexistant, puissent produire des effets analogues, et, en fait, les associations de l'hystérie avec d'autres maladies, sont choses des plus communes ».

Au nombre de ces maladies organiques associées à l'hystérie, principalement à la petite hystérie. M. Babinsky compte la méningo encéphalite diffuse. Il rapporte l'observation d'un homme paralytique général présentant une astasie-abasie superposée à une certaine parésie des membres inférieurs, parésie due à des lésions organiques du système nerveux. Il y avait ainsi fusion assez complète des symptômes hystériques et paralytiques pour qu'on se

demandât ce qui appartenait à la névrose, ce qui appartenait à la maladie organique.

C'est le seul cas que nous ayons rencontré dans les publications de neurologie (obs. II). Il est évident que des cas semblables ne doivent pas être rares, mais ils passent inaperçus. La raison en est donnée par M. Babinsky : « Ces associations hystéro-organiques, peuvent être méconnues, soit que les phénomènes hystériques occupent le 1^{er} plan du tableau symptomatique et masquent ainsi l'affection concomitante; soit que celle-ci, tout au contraire, absorbe complètement au détriment de l'hystérie l'attention de l'observateur, ce qui a lieu surtout quand il s'agit de manifestations de la petite hystérie. »

2° Paralysie générale chez les hystériques.

Il nous reste à étudier le développement de la paralysie générale chez les hystériques dont toute la vie est marquée d'un cachet spécial par la grande névrose, chez ceux qui appartiennent à « l'aristocratie névropathique » selon le mot de M. Babinsky.

La méningo-encéphalite revêt-elle chez eux une allure clinique spéciale qui puisse être imputée à la névrose ? Que deviennent, sous l'influence du développement de la paralysie générale, les manifestations de l'hystérie ?

L'analyse des 21 observations que nous avons pu recueillir nous permettra de répondre à ces questions.

Toutefois, il nous semble utile de rappeler combien variée et capricieuse est l'allure de la paralysie générale.

Irrégulière dans sa marche : durée variant de 1 à 4 ans et quelquefois plus : possibilité de rémissions se prolongeant assez pour faire croire à des guérisons ; guérisons certaines quelquefois.

Irrégulière dans sa symptomatologie accessoire : accès de délire aux formes diverses et de durée indéfinie, manie, mélancolie, hypochondrie, hallucinations quelquefois ; ictus apoplectiques, attaques épileptiformes, etc.

Les variétés cliniques qui en résultent sont sans doute en rapport avec la multiplicité des facteurs étiologiques de la méningo-encéphalite ; mais l'on n'a pu encore que soupçonner la part qui revient à chacun d'eux dans la production de telle ou telle forme : alcoolisme, saturnisme, syphilis, surmenage cérébral, émotions, hérédité vésanique, dégénérescence.

Il faut donc interpréter largement les particularités que peuvent présenter nos observations, et ne pas se hâter de conclure à l'influence de l'hystérie sur leur production.

Des 21 observations recueillies cinq (obs. 3, 4, 5, 8, 21) font une simple description d'attaques convulsives d'hystérie au cours de la paralysie générale. Nous ne les avons citées que pour apporter l'argument du nombre, le meilleur en l'espèce, contre le qualificatif d'exceptionnel donné au développement de

la paralysie générale sur le terrain hystérique. Tout au plus peut-on dire que cette coexistence n'est pas fréquente. Nous nous proposons en terminant d'examiner cette rareté relative. Pour augmenter la valeur de cet argument nous pouvons ajouter 2 cas d'hystérie chez les paralytiques généraux signalés par M. le Dr de Montyel à l'asile d'aliénés de Marseille, et cités dans la thèse de Charière, et l'observation de 1892 de M. Joffroy déjà citées.

3 de ces 5 observations succinctes (obs. 3, 4, 8) peuvent cependant nous fournir un renseignement utile : les attaques convulsives décrites ont eu lieu à une période peu avancée de la méningo-encéphalite. Les 2 autres ne donnent pas d'indication sur ce point.

L'analyse des 16 autres observations dont 10 sont inachevées, nous fournit les éléments suivants d'appréciation :

1° *Etat névropathique.*

a) *Antécédents héréditaires.* — Connus dans 12 observations :

OBSERVATION VI. — Mère hystérique, sœur nerveuse.

- IX. — Père alcoolique.
- X. — Père en état de démence.
- XI. — Frère épileptique.
- XII. — Mère nerveuse, sœur hystérique.
- XIII. — Famille nerveuse.
- XIV. — Père alcoolique.
- XV. — Frère aliéné.

OBSERVATION XVIII. — Famille hystérique.

— XX. — Mère hystérique, sœur nerveuse.

— XXII. — Mère démente, père âgé.

— XXIII. — Mère hystérique, père dément.

b) Antécédents personnels. — Chez les malades faisant l'objet de ces 16 observations, la névrose s'était manifestée plus ou moins précocement par des attaques, des accès de somnambulisme, des hallucinations. En outre deux femmes (obs. 14 et 23) présentaient de la débilité mentale.

Ainsi donc tous ces malades étaient bien de la famille névropathique, presque tous de par leur hérédité, tous de par les accidents qu'ils avaient eux-même présentés.

II. *Caractères de la paralysie générale.*

a) Etiologie. — *Sexe*: 5 hommes, 11 femmes.

Age: 5 moins de 30 ans.

8 de 31 à 40 ans.

3 de 41 à 51 ans.

Causes occasionnelles indiquées: alcoolisme 2 fois; syphilis; 2 fois; peines morales, 3 fois.

b) Marche. — *Rémissions*: se rencontrent dans 4 observations.

OBSERVATION VI. — Première rémission de six mois au début; deuxième rémission au vingt-et-unième mois, suivie de mort par fièvre typhoïde le mois suivant.

OBSERVATION VII. — Rémission les trois derniers mois du temps de l'observation qui a duré neuf mois et est restée inachevée.

OBSERVATION XII. — Rémission de 1 mois (observation inachevée).

OBSERVATION XIII. — Rémission de 2 ans 1/2. Durée de l'observation complète 4 ans 1/2.

Terminaison: Six morts dont deux dues à des affections intercurrentes; une seule par cachexie paralytique (obs. XX).

Modalités cliniques de la paralysie générale. — Le délire des grandeurs a été noté 12 fois; le délire hypocondriaque et les idées mélancoliques 11 fois; les accès de manie aiguë 11 fois; les hallucinations 4 fois. Enfin 1 seule fois (obs. XV) la paralysie générale s'est présentée sans délire.

III^e Evolution de la névrose sous l'influence de la paralysie générale.

Dans 12 observations les attaques convulsives ont cessé un temps plus ou moins long avant l'installation de la maladie organique, quelques mois à quelques années: 3 ans dans l'observation XIX, 5 ans dans l'observation XXII.

Dans 2 cas, l'hystérie, déjà bruyamment attestée, a continué ses manifestations après l'apparition des symptômes de la paralysie générale:

OBSERVATION IX. — Durée 10 mois, mort par attaque épileptiforme à une période avancée. Depuis quelque temps les attaques hystériques avaient cessé.

OBSERVATION XIV. — Durée 4 mois. Inachevée.

Enfin 2 fois seulement (obs. VI et X) les attaques convulsives se sont montrées après le début de la paralysie générale, comme si cette dernière avait exalté la névrose, manifestée jusque-là par des accidents de moindre valeur : hallucinations, somnambulisme.

Quoiqu'il en soit de ces rapports dans l'évolution des 2 affections, une seule fois (obs. X) l'hystérie a persisté malgré un état de démence assez avancé.

De ces détails il ressort nettement que nous avons bien affaire à des hystériques, à de grands hystériques.

Comment a évolué la paralysie générale ? D'une façon différente dans chaque cas. Mais dans aucun nous ne relevons des caractères particuliers qu'on puisse attribuer au tempérament hystérique des malades. Rien qui ne rentre dans le cadre d'une paralysie générale ordinaire.

Même étiologie : l'âge de 25 à 50 ans est ici comme toujours l'époque de la vie où se développe la paralysie générale. Les causes occasionnelles, lorsqu'elles sont indiquées se trouvent être celles qu'on rencontre le plus fréquemment à l'origine de la paralysie générale : syphilis, alcoolisme, peines morales.

Même marche : la plus longue durée de la paralysie générale se trouve dans l'observation XIII. Elle est de 4 ans 1/2 avec une rémission de 2 ans 1/2. Ces chiffres quoique un peu élevés ne constituent pas une anomalie.

Mêmes modalités cliniques : démence simple, délire hypocondriaque, délire des grandeurs, accès de manie, tous épisodes qui se trouvent dans l'histoire de tous les paralytiques généraux.

Ainsi se trouve confirmée sur ce point l'opinion de M. le professeur Joffroy : « La paralysie générale n'est guère modifiée par le terrain hystérique sur lequel elle s'est développée. Toutes les formes cliniques de la paralysie générale peuvent s'observer en des cas semblables. »

Que sont devenues les manifestations hystériques au fur et à mesure de la marche progressive de la paralysie générale ?

D'une façon générale on peut dire que la névrose cède le pas à la paralysie générale, et qu'elle ne tarde pas à disparaître devant les progrès de la démence organique. Cette disparition est plus ou moins rapide. Quelquefois le début de la paralysie générale marque la fin des attaques convulsives hystériques. Quelquefois, rarement, la névrose s'exalte sous l'influence des lésions initiales, et semble atteindre alors à sa plus haute puissance, mais ces manifestations bruyantes contemporaines de la période de début de la paralysie générale, disparaissent de bonne heure. Le plus souvent l'hystérie occupe la

place depuis longtemps, et comme dans le cas précédent, après avoir coexisté avec la paralysie générale envahissante, elle cesse bientôt de se manifester.

Sur ce second point encore nos observations sont en parfaite concordance avec la description que faisait M. le professeur Joffroy de l'ordre de succession des deux affections : « Elles évoluent sur un même terrain, chez un même individu, sans toutefois coexister, au sens rigoureux de cette expression. Les deux maladies s'imbriquent en quelque sorte sans se recouvrir.

C'est-à-dire, que si au début de la paralysie générale l'hystérie préexistante se traduit encore par ses stigmates et des accidents caractéristiques, plus tard elle s'éteint et disparaît, pour laisser la place tout entière à la paralysie générale évoluant par la suite suivant son mode habituel ».

Ainsi l'hypothèse émise et soutenue si brillamment par M. Régis en 1882 n'a pas été confirmée par les observations ultérieures. Les nouveaux cas connus d'hystériques devenus paralytiques généraux permettent de dire avec M. Rey que « contrairement à l'opinion de M. Régis, l'hystérie n'exercerait pas vis-à-vis de la paralysie générale « une action d'arrêt » ; elle ne serait pas davantage une « affection dérivative » ; c'est elle, au contraire qui céderait le pas à la paralysie générale, soit dans le cours de cette affection, soit, ce qu'il nous a été difficile d'établir, au moment de son invasion ».

Nous voudrions en terminant faire quelques réle-

xions sur la rareté de la paralysie générale chez les hystériques.

La rareté relative de l'existence des 2 affections chez le même individu, eu égard au nombre des paralytiques généraux, est incontestable. Mais la rareté absolue, constatée par le chiffre peu élevé de cas observés, est discutable. Il nous semble que vraisemblablement le nombre des hystériques paralytiques généraux doit être plus considérable. Nous basons cette opinion sur les raisons suivantes :

1^o La difficulté de constater des phénomènes hystériques chez beaucoup de malades admis dans les asiles parce qu'ils sont à une période déjà avancée de la maladie organique. « Ils nous viennent généralement, dit M. A. Marie, bien après cette phase de lutte supposée entre la névrose et la sclérose diffuse des centres nerveux ».

2^o La difficulté d'obtenir des renseignements précis sur les antécédents héréditaires et personnels des malades, cette difficulté est si réelle que sur 224 paralytiques généraux observés par M. Rey, il n'avait pu être parfaitement renseigné que sur 30 malades, soit environ dans un septième des cas. Cette proportion nous semble bien faite pour démontrer l'erreur de ceux qui verraient dans le nombre restreint d'observations d'hystériques devenus paralytiques généraux l'expression exacte de la rareté des deux affections chez le même individu.

Quoiqu'il en soit nous admettons la rareté relative de l'association de l'hystérie et de la paralysie générale.

La raison nous en est donnée par M. le professeur Joffroy dans sa leçon clinique : « Cette rareté s'explique par ce fait que la paralysie générale prédomine manifestement chez les hommes, tandis que l'hystérie est l'apanage assurément pas exclusif, mais tout au moins de prédilection, de la femme. »

Cette rareté relative, même ramenée à sa valeur véritable par les raisons que nous avons exposées plus haut, est bien faite pour étonner, car les hystériques appartiennent à la grande famille des dégénérés. M. le professeur Brissaud nous l'enseigne : « Le plus grand nombre des hystériques, même lorsque leur névrose doit survenir de la façon la plus accidentelle se recrutent parmi les dégénérés héréditaires. »

Or c'est sur ce terrain de la dégénérescence que se développe le mieux la paralysie générale.

C'est l'opinion de M. Joffroy : « Ce qui est bien plus indispensable que la syphilis pour devenir paralytique général, c'est d'avoir une prédisposition spéciale aux troubles névropathiques ou mentaux. »

Nous n'ignorons pas que cette question de la syphilis ou de la dégénérescence à l'origine de la paralysie générale est sujette à controverse. Il ne saurait entrer dans notre sujet de la discuter.

Les nombreux cas que M. le professeur Joffroy nous a montrés au cours de ses leçons nous conduisent à accepter, sans hésitation, l'opinion ci-dessus rapportée.

De toute façon, le nombre d'hystériques devenus

paralytiques généraux apparaît trop grand pour qu'on admette l'idée d'antagonisme entre les 2 affections, comme le voulait M. Regis, trop petit pour que soit confirmée l'hypothèse de M. A. Marie, de névrose préparalytique premier stade de l'évolution de la méningo-encéphalite diffuse, du moins pour ce qui est de l'hystérie.

Nous allons maintenant publier les documents qui nous ont servi à établir cette thèse, et nous terminerons par des conclusions et les principales indications bibliographiques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (résumée).

F. J. COLLET et JEAN LEPINE. *Revue de Médecine*, déc. 1902.

Hystérie à forme de paralysie générale.

Font... 34 ans, corroyeur entré 6 août 1901 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. le professeur Lepine.

Mère très névropathe. Lui-même excessivement impressionnable. Jamais de crises d'hystérie caractérisées. Légers accidents de paludisme pendant son service militaire en Algérie. Alcoolisme peu prononcé ; deux attaques de rhumatisme subaigu ; syphilis probable pendant son service.

Troubles actuels : Embarras particulier de la parole et une certaine maladresse de la main droite : le tout survenu 15 jours auparavant à la suite de violentes émotions. Un jour la pensée de ses malheurs amena une perte de connaissance. En revenant à lui, il lui fut impossible de parler tant était violent le tremblement qui agitait sa langue et ses lèvres. Cet état ne dura qu'une heure. Mais la parole resta

pénible, la main droite malhabile et le malade entra à l'hôpital.

Dans le service on constate les symptômes suivants : trouble très particulier de la parole qui est hésitante, achoppante, bredouillante et inarticulée en même temps. Rarement les syllabes sont redoublées : ce n'est donc pas un vrai bégaiement. Ces troubles sont plus ou moins prononcés à différents moments. Leur aggravation semble coïncider avec des réminiscences pénibles.

L'embarras de la parole est en rapport avec un tremblement des lèvres et de la langue, pendant la phonation. Au repos seule la langue a des ondulations trémulantes.

La main droite a gardé sa force, mais elle a perdu toute précision et est incapable de manœuvres délicates. Les deux mains tremblent lorsqu'elles sont étendues.

Sensibilité générale et sensorielle conservée sauf sensibilité pharyngée et cornéenne. Pas de zones hystérogène ou hypéresthésique. Pas de rétrécissement du champ visuel.

Très rapidement sous l'influence des douches froides, l'état s'améliore, surtout la parole.

Le 16 août, le malade est pris brusquement d'un tremblement de la langue tellement violent qu'il ne peut demander l'interne et qu'il est obligé d'écrire. Rien de spécial dans l'écriture. Belpharospasme du côté droit et tremblement des mains très marqué. Cette crise dure 2 heures, et se termine par l'émission de 2 litres d'urine très claire.

Le malade se plaint d'un grand mal de tête. On constate un hémispasme glossolabié gauche.

On apprend que la veille le malade avait pensé avec persistance à ses malheurs.

Le malade quitte le service quelques jours après, non complètement rétabli.

Pendant 15 jours il revient dans le service, on constate une diminution dans les symptômes qui persistent encore cependant. L'hémispasme glossolabié seul a augmenté un peu. Le malade est toujours en proie à une grande tristesse.

Le 22 septembre, un mois après sa sortie de l'hôpital. Font. . . rentre à nouveau dans le service. Etat aggravé. Les troubles de la parole ont pris un caractère différent. Il y a un certain bredouillement qui supprime les syllabes. Avec certains mots d'épreuve, on a l'impression absolue d'un paralytique générale. En même temps on constate de l'amnésie : le malade saute des chiffres en comptant.

Tremblement des lèvres, de la langue et des mains existe comme au début. Pas de troubles pupillaires.

Pas d'autres troubles mentaux que la perte de la mémoire.

On apprend alors que Font. . . désespéré de sa maladresse à exécuter son ouvrage, et en outre pensant toujours à ses malheurs, s'était mis à boire et avait gaspillé ses économies.

Le lendemain de cette deuxième admission, légère amélioration des symptômes. On pense à la paralysie générale. L'existence de la syphilis probable conduit à instituer un traitement spécifique : iodure de potosium, frictions mercurielles. Pas de changement.

Le cinquième jour de ce traitement parésie du membre inférieur droit, suivie le lendemain de faiblesse dans la main

droite. La pupille gauche est un peu plus large que la droite.

Deux jours après amélioration de l'hémi-parésie. Mémoire revenue. Pupilles égales. L'hydrothérapie remplace le traitement mixte. Marche rapide vers la guérison. Trois semaines après le malade sort ne conservant qu'une légère maladresse de la main droite, et de loin en loin, une hésitation de la parole. Etat physique meilleur qu'au début. Etat moral satisfaisant.

Le malade est revu 15 mois après ; son état demeure parfait à tous égards. Il a eu seulement à deux ou trois reprises, à la suite de vives colères, un trouble momentané de la parole semblable à celui déjà constaté.

OBSERVATION II

M. BABINSKY à la *Société médicale des Hôpitaux* de Paris.

11 novembre 1892.

Association de méningo-encéphalite diffuse et d'astisie-abasie hystérique.

Homme âgé de 31 ans, estampeur.

Antécédents personnels. — Le malade a contracté la syphilis il y a de cela 10 ans.

D'après les renseignements fournis par la mère, le début de l'affection dont il est atteint remonte à plus d'un an. Celle-ci s'est manifestée par un affaiblissement intellectuel pro-

gressif sans idées délirantes et par une diminution de la puissance motrice qui depuis 10 mois l'ont mis dans la nécessité de suspendre son travail habituel.

Examen du malade 2 juillet 1892. — Le facies exprime l'apathie dans laquelle il se trouve ; il semble en effet indifférent à ce qu'on dit autour de lui à son sujet ; il répond aux questions qu'on lui pose quand celles-ci sont très simples, mais il se contente le plus souvent de dire : oui ou non ; et il est difficile de savoir si ses réponses sont toujours conformes à la vérité. En tout cas, il paraît incapable de réfléchir, reste muet quand on lui pose une question, tant soit peu compliquée et ne semble même pas chercher à la comprendre.

La religieuse du service nous dit qu'il reste toute la journée sans adresser la parole et passe des heures entières assis sur une chaise, sans occupation ; en un mot, il y a une déchéance intellectuelle très prononcée.

Le malade n'a pas d'idées délirantes, pas d'idées de grandeur.

Il existe un tremblement assez prononcé de la lèvre supérieure et de la langue.

La parole est traînante, embarrassée et présente tout à fait le caractère propre à la méningo-encéphalite diffuse.

Les pupilles se contractent paresseusement à la lumière.

Les fonctions motrices des membres supérieurs sont à peu près normales ; mais il n'en est pas de même aux membres inférieurs. Au lit le malade les remue assez facilement et la puissance musculaire paraît presque complètement conservée ; mais dès qu'il se met debout, les jambes exécutent des mouvements alternatifs de flexion et d'extension sur les cuisses, le corps vacille, est porté irrégulièrement en avant,

en arrière, à droite, à gauche et le malade, soit qu'il veuille rester en place, soit qu'il cherche à avancer ne tarde pas à perdre l'équilibre et tomberait infailliblement si on ne lui venait en aide. Il est depuis plusieurs mois dans le même état, incapable de marcher seul.

Réflexes tendineux normaux.

Diminution de la sensibilité dans tous ses modes au membre inférieur gauche.

Pas de troubles trophiques. Fonctions de la vessie et du rectum normales.

J'électrise pendant cinq minutes environ les muscles du membre inférieur avec des courants induits et j'affirme au malade que je vais le guérir de la paralysie dont il est atteint ; puis je lui dis de se lever et de marcher. Il m'obéit et franchit assez facilement une distance de 20 mètres. La démarche est tout à fait différente de ce qu'elle était auparavant.

5 juillet. — L'amélioration s'est maintenue depuis le 2 juillet. Nouvelle électrisation. Le malade marche encore mieux que précédemment et parcourt une distance de 40 mètres sans difficulté.

L'électrisation des muscles des lèvres et de la langue rend sur le moment la parole plus distincte, mais cette amélioration ne se maintient pas plus de quelques minutes.

10 juillet. — Même état. Aesthésie sensitivo-sensorielle a disparu.

Septembre. — Troubles intellectuels, embarras de la parole accentués. Marche pas très assurée, il est vrai ; mais le malade peut toutefois se promener dans la salle sans appui.

OBSERVATION III

Traité de la paralysie générale des aliénés.

De A. VOISN, 1879, p. 222.

La nommée S... était tout à fait à la première période de la paralysie générale ; la maladie avait cependant pu être affirmée, elle a évolué depuis. Voici ce que nous avons observé un matin (1875) pendant notre visite : S... s'assied brusquement sur une chaise, perd à demi connaissance, puis, au bout d'un quart d'heure, se met à pleurer à accuser une sensation pénible au niveau de la région précordiale ; elle s'incline à gauche et les deux membres supérieurs sont agités de tremblements ; la face est pâle, le pouls serré ; pas de chaleur à la peau ; au bout d'une demi-heure retour à l'état normal.

Cette même malade, trois mois après, étant mise sur un lit pour être examinée, éprouva des tremblements du membre supérieur droit : sa figure devint vultueuse ; elle perdit à demi connaissance ; puis fut prise de mouvements répétés de propulsion du bassin en avant ; pas de douleur ovarienne. Ces phénomènes durèrent à peu près dix minutes.

Cette malade a été prise en 1876, d'une attaque apoplectiforme qui a laissé à sa suite une parésie du membre supérieur gauche.

OBSERVATION IV

Traité de la paralysie générale des aliénés.

De A. VOISIN, 1879, page 222.

Chez une malade, chez laquelle la paralysie générale était bien plus avancée, voici exactement les phénomènes observés :

Perte de connaissance subite, pâleur de la face, lèvres violacées, raideur des membres, flexion forcée des mains, grimaces et laideur de la face, convulsions toniques des yeux, écume buccale ; au bout de trois quarts d'heure, la malade revenue à elle se met à rire et à pleurer alternativement.

OBSERVATION V

Traité de la paralysie générale des aliénés

De A. VOISIN 1879, page 222.

La nommée X... subit de petites attaques hystériformes avec projection de la poitrine en avant : soupirs, respiration entrecoupée, extension des membres supérieurs, flexion des mains, les pouces recouvrant les doigts indicateurs ; demi-perte de connaissance, la malade peut répondre par signes ; pleurs, pas de laideur de la face ; pouls 116.

Ces phénomènes cessent par intervalles très courts ; ils se reproduisent huit ou dix fois en un quart d'heure.

Au bout de vingt-cinq minutes, tout rentre dans l'ordre et le pouls tombe à 86.

Cette malade, morte trois mois après, par suite d'eschares au sacrum, n'a présenté aucune altération cérébrale ou médullaire à laquelle on puisse rapporter spécialement les phénomènes ci-dessus mentionnés.

OBSERVATION VI

Dr RÉGIS, chef de clinique des maladies mentales à l'Asile Sainte-Anne. *In Gazette médicale de France*, 1882.

R..., Charles, coutelier, célibataire, âgé de 33 ans, entre à la clinique des maladies mentales le 13 décembre 1879.

Le malade se présente avec les symptômes d'une paralysie générale à forme mélancolique, déjà en pleine évolution.

Ces symptômes sont les suivants :

1^o Du côté physique, inégalité des pupilles, hésitation de la parole, frémissement des lèvres et des muscles de la face, tremblement de la langue et des mains ; 2^o du côté intellectuel, léger affaiblissement des facultés, idées mélancoliques confuses, dépression, demi-mutisme.

Certaines particularités, qui ne frappent pas tout d'abord l'attention, existent chez lui. Ainsi il offre tous les attributs

extérieurs du féminisme, et son caractère est bien plutôt celui d'un névropathe que celui d'un paralytique général.

Le 20 décembre, sept jours après son entrée dans le service, R..., tombe non pas en attaque épileptiforme, comme cela a lieu généralement dans la paralysie générale, mais en attaque hystérique.

Il est couché sur son lit, les bras en croix, raides, tétanisés, les mains ouvertes et étendues; la face est pâle mais expressive et grimaçante: les paupières fermées, les yeux non convulsés; les pupilles contractiles, la bouche conserve son attitude normale: il ne s'en écoule ni salive, ni mousse sanglante; le malade pousse des cris violents et plaintifs; les membres inférieurs sont agités de secousses cliniques désordonnées.

Les testicules sont douloureux.

Au bout de dix minutes environ, l'attaque prend fin subitement. Le dernier cri se produit, les yeux se rouvrent, les bras se relâchent et reprennent leur position normale. Le malade interrogé, répond immédiatement; il a conscience de son attaque, et est en pleine connaissance.

Cinq minutes après, nouvelle crise convulsive, puis nouvelle pause et ainsi de suite; en tout, quinze attaques dans la soirée, progressivement plus faibles, et de plus en plus éloignées les unes des autres. La dernière terminée, R..., ouvre les yeux et parle comme de coutume, mais il tombe aussitôt dans un accès d'agitation violente.

Il se lève de son lit, paraît très effrayé et pousse des cris affreux en disant qu'on veut l'assassiner, le faire manger par des chiens, etc.; il aperçoit des animaux des oiseaux, des hommes armés; il se montre tellement excité qu'on

est obligé de le transporter dans une cellule. Le lendemain, au matin, cette excitation s'est beaucoup calmée, mais elle reparait le soir avec la même violence et se reproduit pendant cinq jours consécutifs.

Au bout de ce temps, le malade devient complètement calme et reste dans cet état jusqu'au 5 janvier. Le matin de ce jour il commence par refuser de manger, puis à la visite il a une attaque de crucifiement extatique sans convulsions. Les bras sont étendus en croix, les jambes rapprochées, le corps raidi, la tête renversée ; il est comme en extase, les yeux fixés et largement ouverts, et laisse échapper d'une voix lente et monotone des phrases entrecoupées qui expriment la succession de ses idées et les phénomènes hallucinatoires qu'il éprouve. « Il se sent grandir, tous ses membres s'allongent et grossissent ; il respire des odeurs de fleurs ; il voit la Vierge, les saints, des nains et de petits nègres qui ont peur de lui, etc. » A midi, la crise prend fin, le malade mange.

Le doute n'était plus permis, R... était à la fois atteint d'hystérie et de paralysie générale.

Résumé in finem. — Après cet accès extatique du 4 janvier, R... devint calme. Les idées mélancoliques disparurent ; les symptômes physiques de la paralysie générale diminuèrent et un état de rémission survint qui se prolongea six mois. Cependant son caractère hystérique était toujours des plus marqués.

Le 10 juillet, excitation, idées de grandeur, accès de manie violent.

Le 3 décembre, R... a trois attaques d'hystérie à forme convulsive accompagnée d'extase.

Le 25 mars 1881, nouvelle crise.

Le 28 mars agitation, attaques d'hystérie avec extase, hallucinations.

Cette crise dure jusqu'au 31 mars ; et est remplacée par une dépression profonde avec mutisme, refus d'aliments qui dure seize jours et est suivie d'une série de crises d'excitation avec délire et hallucinations, crises alternant avec des périodes de calme.

Cet état dure deux mois. Il est suivi d'une période de deux mois pendant laquelle la paralysie générale se présente avec tous ses symptômes.

Au mois d'août, nouvelle rémission, allant jusqu'à l'intégrité complète du retour de l'intelligence.

Mort au mois de septembre 1881 de fièvre typhoïde, 22 mois après son entrée à l'asile.

A l'autopsie lésions de la péri-encéphalite diffuse très peu accusées.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère hystérique. Deux sœurs très nerveuses.

Antécédents personnels. — Intelligent. Caractère bizarre. Tempérament nerveux. Syphilis au régiment. Accès de somnambulisme. Hallucinations. Tentative de suicide.

OBSERVATION VII (résumée)

Thèse de CHARRIÈRE, 1882

M. J... femme D... entre à l'asile de Vaucluse, le 16 avril 1881 avec certificats constatant un affaiblissement intellectuel

avec confusion dans les idées et préoccupations hypochondriaques. De plus on note une grande faiblesse musculaire.

Quinze jours plus tard, certificat suivant du directeur de l'asile : « Est améliorée. Elle était toujours couchée et gâtait comme une paralytique. Depuis quatre ou cinq jours elle commence à se lever parce qu'on lui a dit qu'elle sortirait. La démarche n'a rien de traînant comme dans la paralysie... »

Note du 14 juin 1881 : « Tantôt calme, tantôt agitée ; tantôt debout, tantôt couchée. Un jour, elle marche bien, le lendemain elle semble paralysée. Quelques fois elle parle sensé-ment, mais cela ne dure pas. En somme elle va mieux. »

Depuis cette époque les registres de l'asile portent J... comme atteinte de paralysie générale.

A partir du mois d'octobre les notes disent que la malade est en rémission.

Au mois de janvier 1882 nous avons trouvé la malade dans l'état suivant :

Démarche normale. — Langage raisonnable. Nullement affaiblie ; elle espère quitter l'asile bientôt.

Elle nous raconte qu'elle a toujours été nerveuse, riant et pleurant pour un rien, s'emportant pour des motifs futiles. Mais elle n'a pas eu d'attaques.

Signes physiques à cette époque. — Parole normale. Tremblement fibrillaire très léger de la langue. Pupille gauche plus dilatée que la droite.

OBSERVATION VIII (résumée)

Thèse de CHARRIÈRE, 1882.

A. D..., femme X, 40 ans, entre à l'asile de Ville-Evrard 6 Novembre 1881 avec certificat constatant la paralysie générale; affaiblissement intellectuel; délire hypochondriaque, délire des grandeurs; inégalité pupillaire; embarras de la parole. Appelé pour cette malade dans le service quelques jours avant qu'elle fût atteinte de la pneumonie, dont elle est morte, on me dit qu'A. D... crie et pleure continuellement, qu'elle se jette sur le plancher, brise ce qu'elle peut etc. Elle raconte au milieu de rires et de pleurs qu'elle a un grand chagrin de n'avoir pas sa fille auprès d'elle. L'idée que sa fille peut se donner à un homme l'étouffe; elle sent une boule qui lui monte à la gorge: «Tenez, dit-elle, je vais encore avoir une attaque.» En même temps tous les muscles se contractent et le corps décrit une courbe à concavité postérieure; peu de convulsions cloniques; du reste une pression sur l'ovaire fait tout disparaître.

OBSERVATION IX (résumée).

PH. REY, médecin adjoint de l'Asile de Ville-Evrard
(*Annales medico-psychologiques*, 1883).

G., Frédéric, 25 ans, typographe, entre le 9 décembre avec des certificats constatant un affaiblissement intellectuel, des idées hypocondriaques, une parole légèrement hésitante.

Antécédents héréditaires. — Mère morte tuberculeuse. Père buveur d'absinthe.

G., a été aux colonies où il a eu la fièvre intermittente et des convulsions pendant les accès. Pas alcoolique. Pas d'enfants. Caractère bizarre, changé depuis un an ; actes enfantins ; violentes colères. Il y a eu des attaques convulsives.

Peu de temps avant son entrée il ne travaillait plus, mangeait énormément, avait des idées absurdes de grandeur. A ce moment attaques convulsives avec écume à la bouche, perte de connaissance. A la suite d'une de ces attaques il reste trois jours sans pouvoir parler.

Actuellement, idées hypocondriaques. Embarras de la parole notable. Tremblement de la langue et des lèvres. Pupilles inégales.

En janvier 1882, à la visite, le malade, en proie à des idées de mélancolie de plus en plus prononcées, a une attaque

convulsive qui se termine par un flot de salive filante et de larmes. Pas de stertor, pas d'état comateux.

Le surlendemain crise semblable. La température à la fin de la période tonique est de 36°5 Pouls 6°8.

Pendant plusieurs jours ces crises se répètent ayant un caractère intermittent à type tierce ; puis elles se rapprochent. L'accès est unique. Quelquefois attitude du crucifiement.

Jusqu'en juillet, alternatives de délire hypochondriaque, et d'idées de satisfaction.

Les crises déjà beaucoup plus rares, cessent de se produire. Le malade s'affaiblit de plus en plus et gâte. Mort le 7 septembre à la suite d'attaques épileptiformes.

OBSERVATION X (résumée).

D^r CAMUSET, médecin adjoint de l'asile de Vacluse.

(*Annales médico-psychologiques*, 1884).

U... Adolphe, 39 ans, maréchal ferrant.

Son père âgé de 65 ans, est en démence depuis 4 ans. Deux enfants en bonne santé.

U... travaillait beaucoup, mais s'enivrait quelquefois. Il a fait, il y a 2 ans, des pertes d'argent. Depuis cette époque, sa femme a constaté qu'il perdait la mémoire, que son intelligence diminuait. Jamais de syncope ni de convulsions. Jamais de maladie, sauf des douleurs qu'il attribuait aux rigueurs de la campagne de 1870.

A son entrée à Sainte-Anne, 3 avril 1883, il présente les signes les plus nets de la paralysie générale. Marche progressive jusqu'au 29 novembre. A cette époque le malade parlait difficilement, la marche était indécise, la démence avancée et les idées délirantes de nature orgueilleuse.

Brusquement le 29 novembre au matin pendant la visite U... est pris d'une crise nerveuse, véritable attaque d'hystérie qui se renouvelle quatre fois dans la journée. Les attaques se montrèrent ensuite jour et nuit à intervalles réguliers pendant onze jours, c'est-à-dire jusqu'à la mort qui survint pendant la nuit du 9 au 10 décembre.

Les médecins de Vacluse ont tous été convaincus qu'on avait affaire à des attaques d'hystérie simple.

Le délire hypocondriaque remplaça le délire des grandeurs, dès l'apparition des attaques d'hystérie.

OBSERVATION XI

PH. REY, médecin adjoint de l'Asile de Ville-Evrard.

(*Annales médico-psychologiques*, 1885).

Bl..., Eugénie, âgée de quarante ans, teinturière, déjà traitée à Ville-Evrard de décembre 1880 à février 1881. A cette époque, la malade présentait un délire ambitieux, et, des idées de richesses, « son père était général, elle avait des millions, des maris très beaux, etc. ». On avait noté de l'hésitation de la parole et de l'inégalité pupillaire. Les idées délirantes avaient

disparu au bout de quelques jours. La malade convenait de leur absurdité ; elle conservait cependant une tendance aux idées de satisfaction relatives à l'état de sa santé, à son ménage à ses aptitudes. De plus, les troubles de la motilité étaient encore manifestes. Sortie dans cet état de rémission incomplète, elle a pu rester plus de deux ans dans sa famille.

Rentrée à Ville-Evrard en juin 1883, elle présenta tous les signes de la démence paralytique avec embarras de la parole très prononcé, tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres, perte de la mémoire, idées de satisfaction alternant avec des idées hypocondriaques.

La famille me fournit les renseignements suivants : un frère épileptique est mort d'une congestion cérébrale.

Notre malade, jusqu'à l'âge de vingt-deux ans, a été sujette à des crises de nerfs, caractérisées par la perte de connaissance, rigidité du corps et des membres et des mouvements désordonnés. Ces attaques duraient environ un quart-d'heure et se reproduisaient à l'occasion de quelques contrariétés. L'accès se terminait par une crise de larmes.

La menstruation a toujours été irrégulière ; suspension de quatre mois avant les premiers troubles intellectuels.

Depuis son entrée, Bl..., a eu de fréquents accès d'agitation maniaque ; elle poussait des cris surtout la nuit, déchirait ses vêtements ou se déshabillait.

Les troubles physiques se sont rapidement accentués.

En avril 1884, faiblesse générale avec tremblements et mouvements ataxiques des membres supérieurs, plus marqués à droite. Asymétrie faciale déterminée par l'abaissement de la commissure droite, effacement du pli naso labial, et rétrécisse-

ment de la narine correspondante. Gâtisme continu. Les règles n'ont disparu que dans les deux derniers mois.

Il survient des eschares au sacrum. La malade tombe dans le marasme paralytique et meurt en mai 1885.

L'autopsie a révélé les lésions ordinaires de la démence paralytique.

OBSERVATION XII

Ph. REY (*Id*).

M., femme V..., âgée de quarante-trois ans, blanchisseuse, entre à Ville-Evrard le 18 octobre 1884.

La mère de la malade était asthmatique et très nerveuse. Une sœur de la malade avait des attaques de nerfs. Celle-ci avant d'être mariée, était sujette aux mêmes accidents : sensation de boule hystérique (les nerfs se nouaient sur l'estomac, dit la parente qui fournit ces renseignements) ; la malade se raidissait, poussait des cris, gesticulait, et tout se terminait par des larmes.

L'affection actuelle aurait débuté, il y a, quelques mois, par un accès de mélancolie, avec refus d'aliments, idées religieuses exagérées, crainte de tomber dans la misère. Cette période a eu une durée de quinze jours à trois semaines. Le retour au calme et à la raison a coïncidé avec des vomissements bilieux. Environ un mois après, on a remarqué un changement dans les habitudes et dans le caractère de M... ; elle perdait la mémoire ; puis elle a eu des idées de richesses. On a aussi noté qu'elle parlait difficilement.

A son entrée à Ville-Evrard, la malade présente un mélange d'idées ambitieuses, absurdes, des préoccupations hypocondriaques et des idées mystiques : « Elle s'est mariée avec la Sainte-Vierge, son mari est Saint-Joseph ; elle a gagné le gros lot, elle n'a pas une goutte de sang ; elle n'a pas de boyaux, etc. »

Les signes physiques sont : la lenteur et l'hésitation de la parole, le tremblement des mains et principalement de la langue et des lèvres. Ces symptômes s'accroissent notablement quand la malade s'excite.

Les règles manquent depuis six mois.

16 mars 1885. — M... reconnaît avoir été malade, elle a abandonné ses idées délirantes ; elle conserve principalement le souvenir de son accès de mélancolie.

Les troubles physiques, persistent. La menstruation s'est rétablie. Sortie le 19 avril 1885.

OBSERVATION XIII

Dr PH. REY (*Id.*).

E... (Marie), trente-neuf ans, couturière, entre le 26 décembre 1884, atteinte de démence paralytique avec embarras de la parole, accès incohérents de satisfaction, inégalité pupillaire, gâtisme. Cette malade vient de l'hôpital de Saint Denis. Le certificat qui l'accompagne note des désirs érotiques, des démarches amoureuses près des enfants ou des hommes qui passent dans la salle.

Voici les renseignements fournis par la famille : grand'mère maternelle morte hémiplégique ; une sœur est extrêmement impressionnable. La malade a toujours été très nerveuse, et longtemps sujette à des attaques qui survenaient à la moindre contrariété. On a dit aux parents que c'était de l'hystérie. Les attaques étaient caractérisées par des « étouffements », perte incomplète de connaissance, rigidité, mouvements désordonnés ; sanglots et pleurs à la fin de chaque crise.

Il y a quatre ans, E... a eu des pertes utérines abondantes, à la suite desquelles les règles ont cessé. C'est à cette même époque qu'on a observé un changement dans le caractère de la malade ; elle perdait la mémoire, elle avait des idées hypochondriaques. Un an avant son entrée, elle eut plusieurs attaques congestives suivies d'embarras de la parole. Ces attaques, au dire de la famille, différaient totalement des précédentes.

Depuis son entrée à l'asile, la malade est généralement tranquille, mais elle a parfois des moments d'agitation pendant lesquels elle ne cesse de marcher, d'aller aux portes, de réclamer impérieusement sa sortie. Les règles n'ont pas reparu.

Placée au pensionnat, elle a eu en juin 1885, une attaque avec hémiplégie incomplète et la mort est survenue quelques jours après le 17 juillet.

OBSERVATION XIV

D^r Ph. REY (*Id*).

D... (Emilie), âgée de vingt-neuf ans, blanchisseuse, entrée une première fois en avril 1884. A cette date, les certificats mentionnent des attaques d'hystérie, des habitudes alcooliques, excitation violente et de la débilité mentale.

Le père aurait eu une attaque de délirium tremens. La malade a toujours été d'une intelligence faible. Vers l'âge de quinze à seize ans, elle a eu des habitudes d'onanisme qui ont persisté alors même que la malade vivait maritalement avec un protecteur. Elle avait des attaques fréquentes, présentant différentes phases de rigidité, de grands mouvements du corps et des membres et des contractures passagères. Des larmes annonçaient la fin de l'attaque. Menstruation irrégulière.

A son entrée, le malade ne se rend nullement compte de sa situation. On l'a enfermée, dit-elle, parce qu'elle ramassait des clous. L'intelligence est très bornée. Elle est tranquille ; et elle peut s'occuper de quelques travaux d'aiguille. Réclamée par sa famille, elle n'a fait qu'un très court séjour à l'asile.

La malade revint en mars 1885. Ses certificats notent de nouveau : un état de débilité mentale, des accidents hystériques, de l'excitation maniaque. L'état dans lequel nous la voyons est le suivant ; affaiblissement profond des facultés intel-

lectuelles, perte de la mémoire très notable, hésitation de la parole ; inégalité pupillaire. La malade s'empare de tout ce qui est à sa portée, elle vole différents objets à ses compagnes et prétend que ces objets lui appartiennent.

Dans le courant du mois d'avril, elle a deux attaques ainsi caractérisées : faiblesse générale, sans perte de connaissance ; puis mouvements convulsifs légers auxquels succèdent des mouvements plus étendus et désordonnés des membres, avec projection du corps en avant. On observe ensuite de la contraction des extrémités : les doigts sont fléchis fortement dans la paume de la main, la main sur le poignet, les pieds sont dans l'extension forcée. Ces contractures sont passagères ; la résolution coïncide avec l'apparition des larmes.

Deux autres attaques sont observées, l'une en mai, l'autre en juin, par M. Loisel, interne du service.

Juillet 1885. — Actuellement la malade présente des idées de richesse et des idées orgueilleuses : elle a des bijoux, elle gagne beaucoup d'argent, elle est première danseuse à l'Opéra ; elle a un grand nombre d'enfants à Bordeaux, etc. L'embarras de la parole est très marqué ainsi que le tremblement de la langue et des lèvres. Elle a du tremblement des membres supérieurs avec mouvements ataxiques plus marqués à droite. Récemment il est survenu de l'excitation génésique très vive. Ses règles n'ont pas reparu.

OBSERVATION XV

Dr PH. REY. (*Id*).

L..., Femme Th..., cinquante-et-un ans, cuisinière, entrée le 28 février 1885. Elle présente de l'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire avec apathie; la parole est hésitante; tremblement de la langue, inégalité pupillaire.

Un frère de la malade est mort aliéné.

La cause présumée de l'affection actuelle serait le mauvais état de ses affaires et l'abandon de son mari. Longtemps avant son mariage, L..., était sujette à des crises de nerfs. Elle se jetait par terre, poussait des cris, agitait violemment les bras et les jambes; on a remarqué qu'elle avait de l'écume aux lèvres; à la fin de la crise elle pleurait. Les attaques étaient précédées de phénomènes nerveux; la malade était prise de bâillements; elle se plaignait d'étouffer. Ces attaques se sont produites encore depuis le mariage, mais moins fréquemment; les dernières ont eu lieu au début de l'affection actuelle.

Ce début a été marqué par des maux de tête, de l'affaiblissement de la mémoire, des actes inconscients. La malade faisait des paquets de ses vêtements, de son linge, qu'elle égarait ensuite. Elle se perdait dans les rues. Parfois, elle avait une certaine conscience de son état et disait « Je vois bien que je deviens folle ». Avant son placement à l'asile, la malade présentait de l'embarras de la parole.

Cet état n'a pas changé depuis que nous l'observons.

OBSERVATION XVI

D^r PH. REY. (*Id*).

B..., femme G..., vingt-cinq ans, couturière, entre le 20 décembre 1884.

A cette date, elle présente de l'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire, des idées de satisfaction, de l'hésitation de la parole, du tremblement de la langue, et de l'inégalité pupillaire.

Elle a toujours été très nerveuse. Dès l'âge de quinze ans et à la suite d'une vive frayeur, elle a eu des attaques pendant lesquelles elle tombait, se roulait à terre, avec mouvements désordonnés des bras et des jambes. Puis, elle se raidissait : on observait alors que les yeux étaient convulsés, puis l'écoulement des larmes à la fin de chaque crise dont la durée était d'un quart d'heure à vingt minutes. La moindre contrariété suffisait pour les ramener, et elles ont persisté après son mariage à l'âge de dix-neuf ans.

La menstruation a toujours été régulière.

La maladie actuelle a débuté par un délire mélancolique avec idées de suicide, idées de persécution, craintes de tomber dans la misère et scrupules religieux. Cette période aurait duré deux mois pendant lesquels la malade a été traitée à l'hôpital Laënnec.

A sa sortie elle avait pris de l'enbonpoint, elle mangeait beaucoup.

Elle avait de fréquentes envies de commettre des vols et cette particularité, coïncidant avec la suppression des règles, avait fait croire à une grossesse. Peu après, il est survenu de l'agitation maniaque des idées de richesses, des idées ambitieuses et la malade n'a pu être conservée dans sa famille. Elle a été retirée de l'asile au mois de mai 1885 dans le même état de démence avec apathie et gâtisme.

OBSERVATION XVII

D^r PH. REY. (*Id*).

S... femme C..., quarante-et-un ans, sans profession, entrée en septembre 1883.

Les certificats d'admission portent : excitation maniaque violente, loquacité, chants, idées très confuses, paralysie générale imminente.

Depuis quelque temps la malade perdait la mémoire ; elle négligeait son intérieur, se plaignait de maux de tête et elle prenait différentes drogues pour des maladies évidemment imaginaires. A cette époque, elle a eu une période de délire mélancolique avec idées de suicide, qui a nécessité son placement.

Le mari ne sait rien des antécédents héréditaires de la malade et peu de chose sur ses antécédents personnels. Mais longtemps avant le début des troubles actuels et durant plusieurs mois, il a été témoin d'attaques d'hystérie vivement caractérisées.

Actuellement, la malade est en état de démence, avec idées de satisfaction alternant avec des idées hypocondriaques, mais le délire prédominant est un délire érotique qui se révèle par des paroles obscènes et surtout par des actes. Elle se livre à l'onanisme, recherche quelques-unes de ses compagnes. La parole est lente et hésitante. La malade s'est notablement affaiblie. Elle devient gâteuse. La menstruation est normale et régulière,

OBSERVATION XVIII

A. LUBOUCHINE, Société de neurologie de Moscou, mai 1899.
(*In Revue de neurologie*, 1900).

Paysanne de 28 ans, antécédents hystériques. Les premiers accès d'hystérie datent de quelques semaines après un accouchement. En mai 1898, une série d'accès franchement hystériques et surdité totale subite ; puis après les accès, excitation, confusion, hallucinations visuelles, parésie des mains et parfois délire de possession.

Absence des réflexes patellaire, pharyngien et plantaire, léger Romberg, analgésie de tout le corps, sauf le front ; surdité bilatérale. Au cours des deux premiers mois, 6 accès hystériques ; dans l'intervalle des accès, elle est calme, consciente, active. Elle se souvient et se rend compte de ce qu'elle lit. A partir du 9 décembre, ictus suivi d'un affaiblissement mental, inégalité pupillaire, parésie faciale, trouble de la parole, scandée.

Apathie, inactivité, incapable de lire. Excitation par instants avec hallucinations et délire de possession. Ces signes physiques et psychiques indiquent la présence de la paralysie générale, tandis que la surdité, l'analgésie, les accès et la nature du délire témoignent de l'hystérie.

OBSERVATION XIX

P. JUQUELIER, Interne de l'Asile de Vaucluse.

(*Annales médico-psychologiques*, 1903).

P... (Charles), peintre en bâtiments, est entré le 6 décembre 1902 dans le service, atteint de paralysie générale diagnostiquée à l'admission par M. Magnan.

Le diagnostic a été confirmé à l'entrée par la constatation des signes suivants : inégalité pupillaire, tremblement de la langue et des mains, embarras de la parole, exagération des réflexes patellaires ; affaiblissement intellectuel avec idées puériles de satisfaction. Il a perdu la notion du temps et en rit : ses enfants (il n'a qu'un fils), sont les plus beaux du monde. Il nous en donnera un, si nous le désirons.

Il est peintre en bâtiments depuis quelques années et a déjà eu des coliques saturnines : il a au niveau des gencives un liseré, peu accusé, mais suffisamment caractéristique. Il était auparavant acrobate dans les cirques, et cette profession l'a exposé à de nombreux traumatismes. Il buvait beaucoup. Enfin on relève dans ses antécédents des attaques convulsives très fré-

quentes, antérieures à son mariage ; et depuis onze ans qu'il est marié, sa femme a eu souvent l'occasion d'assister à ces attaques. Il les sentait venir, devenait pâle, tombait sans jamais se blesser, se débattait quelques minutes. Il ne s'est jamais mordu la langue, il n'a jamais uriné sous lui. Il revenait vite à lui, mais restait courbaturé quelques jours et conservait le souvenir de ce qui s'était passé au cours de son attaque.

Il paraît bien, par conséquent, s'agir de manifestations hystériques.

Or, depuis trois ans, ces attaques ont complètement disparu, en même temps qu'apparaissent les premiers symptômes de la paralysie générale.

Le malade a cessé de travailler régulièrement ; il perdait la mémoire. Depuis un an, il ne travaille pour ainsi dire plus ; il a la manie de cacher les objets les plus usuels sous prétexte de les ranger, et il est incapable de dire où il les a mis.

Depuis trois mois sa femme a remarqué qu'il a la parole embarrassée.

Il y a un mois, se sentant indisposé, il n'a pas voulu sortir et a eu la nuit des manifestations délirantes au cours desquelles il a tenté d'étrangler sa femme couchée près de lui. Conduit à l'hôpital Laënnec, il a du être évacué sur Sainte-Anne ; puis il est arrivé à Vaucluse calme, mais très affaibli au point de vue mental, et présentant les divers signes de la paralysie générale que nous avons signalés.

Peu après son entrée, P... s'est légèrement excité sous l'influence d'hallucinations de la vue. Il quittait son lit parce qu'il voyait des flammes la nuit autour de son lit.

Il ne présente pas de lésions viscérales importantes ; il ne lui reste de l'intoxication saturnine que le liseré gingival.

Il n'y a peut-être d'un peu particulier dans l'allure actuelle de cette paralysie générale que les hallucinations de la vue, et encore celles-ci peuvent-elles être rapportées à l'intoxication saturnine.

OBSERVATION XX (résumée).

JUQUELIER, interne de Vaucluse. *Id.*

M... Ernest, 27 ans, entré le 18 mai 1901 avec diagnostic de paralysie générale porté par MM. Cestan et Magnan.

Signes classiques de la paralysie générale. De plus diminution très nette de la sensibilité à la douleur du côté droit et anesthésie pharyngée.

Elat mental au premier examen. — Affaiblissement intellectuel, idées absurdes de grandeur et de satisfaction avec quelques idées hypocondriaques.

Le lendemain de son entrée à cet état d'euphorie succéda brusquement une crise d'excitation d'une extrême violence, véritable raptus hallucinatoire : il se leva de son lit en criant à l'assassin, se jeta dans une porte qu'il défonça et terrifié chercha à fuir. Quand les infirmiers s'en rendirent maîtres, ses membres étaient tremblants et contractés. Pas de perte de connaissance.

Cette crise dura une heure 1/2, et se renouvela les premiers temps de son séjour pour faire place à un état démentiel avec délire hallucinatoire qui dura jusqu'à sa mort, survenue onze mois plus tard, dans un affaiblissement physique progressif.

M... à son entrée ne présentait pas de gros stigmates de dégénérescence.

Son hérédité était cependant chargée : sa grand-mère maternelle et sa mère avaient des attaques nerveuses : sa sœur, très nerveuse, est à la Salpêtrière ; son père et une jeune sœur sont morts de la poitrine.

Lui-même n'a jamais fait de graves maladies dans son enfance ; il était intelligent, mais de caractère difficile.

Deux enfants bien portants.

Pas d'excès alcooliques ; pas de syphilis, d'après les renseignements fournis par les parents.

Depuis l'âge de 15 ans, il était en proie à de véritables crises de somnambulisme.

Ces crises nocturnes, d'après sa femme, cessèrent au moment où apparurent les premiers symptômes de la maladie actuelle.

Jamais il n'avait eu d'attaque proprement dite, ni n'avait uriné au lit.

Rhumatisme articulaire aigu deux ans avant son entrée. Depuis, jamais il ne s'était rétabli. Les signes de la paralysie s'installèrent peu à peu. Deux attaques épileptiformes pendant ce temps. Il ne cessa cependant son travail que six semaines avant son entrée.

OBSERVATION XXI

A. MARIE, de Villejuif (*Annales médico-psychologiques*, 1903).

In Rapport sur paralysie générale et névroses.

J'ai récemment observé deux paralytiques généraux présentant quelques phénomènes cataleptiformes fugaces, et j'ai souvenir de plusieurs cas d'ictus hystériformes chez plusieurs paralytiques généraux.

Un entre autres, eut à la visite et sous nos yeux, il y a peu de mois, une crise en arc de cercle, mouvements cloniques, gloussement et sensation de boule ; mais l'état de démence paraît, dans ces cas, rendre difficile la recherche des anamnétiques et des stigmates actuels de la névrose.

OBSERVATION XXII

Professeur JOFFROY. (Leçon clinique publiée par le *Bulletin médical*, janvier 1904.)

La femme que je vous présente est une artiste lyrique, âgée de quarante-cinq ans, et il vous a suffi de quelques instants pour vous rendre compte de l'incontestable et notable affaiblis-

sement de ses facultés intellectuelles : vous l'avez vue s'avancer en souriant, heureuse sans doute de vous être présentée ; elle vous a déclaré immédiatement qu'elle se trouvait ici chez Dufayel, chez qui elle est caissière, et où, pour la somme de 265 francs par an, ce qui fait, a-t-elle précisé, 30 francs par jour, on prévoyait à tous ses besoins. Elle a ajouté qu'elle se trouvait ici depuis trois mois, alors qu'en réalité, elle nous a été conduite il y a seulement cinq jours.

La conversation aurait pu se prolonger et elle ne vous aurait appris rien de plus que tout ce que vous avez pu reconnaître en ces quelques paroles : désorientation complète dans le temps et dans l'espace ; perte de la mémoire, en particulier de la mémoire du calcul ; idées de satisfaction sinon idées de richesses. Voici bien des éléments qui révèlent un affaiblissement généralisé et très accentué de toutes les facultés intellectuelles et dont la réunion doit tout de suite nous faire penser à l'état mental du paralytique général.

Mais si à cet état dément vous joignez les signes physiques propres à cette affection ; si vous avez remarqué dans les quelques paroles entendues, les accrocs caractéristiques, qui eussent été bien autrement reconnus si je lui avais fait prononcer les mots d'épreuve habituels ; si vous avez observé l'inégalité pupillaire manifeste qui s'accompagne d'ailleurs chez elle de la perte du réflexe lumineux (signe d'Argyll Robertson), et si vous avez noté les secousses fibrillaires des lèvres, le tremblement de la langue et des mains, enfin l'exagération des réflexes rotuliens, alors vous ne douterez pas que vous ne soyez en présence d'une paralysie générale avérée et typique par ses signes physiques comme par son état mental.

Dans l'état actuel de cette malade nous ne trouvons donc

rien que de très classique et nous ne relevons aujourd'hui chez cette paralytique générale aucune particularité intéressante ; en revanche l'histoire de la maladie et l'histoire antérieure de la malade méritent à bien des égards de nous arrêter.

Cette malade est née de parents qui étaient déjà âgés lors de sa naissance : sa mère avait 50 ans lorsqu'elle la mit au monde ; et nous trouvons là une première condition défavorable, encore qu'assez banale, au développement de l'organisme physique et mental. Le père est mort diabétique ; mais la mère est morte dans des conditions qui nous intéressent peut-être davantage. Sur ses derniers jours, elle eut une telle crainte d'être empoisonnée qu'elle refusa toute nourriture et qu'elle mourut, pour ainsi dire d'inanition. Vous reconnaissez là l'une de ces idées délirantes et débiles, si fréquentes au cours de la démence sénile. Mais ce que je tiens à vous rappeler en vous rapportant ces antécédents héréditaires, c'est que nous trouvons chez cette paralytique générale la prédisposition héréditaire, encore bien plus indispensable pour faire de la méningo encéphalite interstitielle diffuse que toutes les infections ou intoxications acquises, spécifique ou non.

Notre malade échappa dans son enfance aux maladies éruptives spéciales au jeune âge. Elle reçut une bonne instruction ; mais on rapporte qu'au couvent des Dames de la foi où elle était élevée, à Bordeaux, elle était sujette à des hallucinations, surtout visuelles ; et la malade a souvent raconté qu'une nuit elle avait vu ainsi la tête d'un de ses parents morts plusieurs années auparavant, et qu'elle l'avait touchée. Ces hallucinations de la vue et du toucher apparaissant dès le jeune âge font immédiatement songer à la dégénérescence mentale et cette hypothèse est pleinement confirmée par l'existence, depuis plu-

sieurs années, de crises convulsives, caractéristiques de l'hystérie. A propos de la moindre contrariété elle avait la sensation d'une boule épigastrique qui lui montait à la gorge, puis elle poussait un grand cri, perdait connaissance, tombait à terre et avait des grandes convulsions toniques et cloniques des membres. Les muscles de la face et des yeux étaient épargnés; il n'y avait pas de morsure de la langue, et jamais d'incontinence des sphincters. On voit qu'aucun des caractères distinctifs de la crise d'hystérie ne manquait à ces convulsions qui se reproduisaient fréquemment pendant toute l'existence de la malade, et que l'on constatait il y a quelques années.

Au sortir du couvent, à seize ans, elle se maria avec un médecin beaucoup plus âgé qu'elle, et qui mourut d'une maladie de cœur après 4 ans de mariage, laissant à sa femme, 2 enfants qui ont actuellement 22 et 26 ans et sont en bonne santé. Quelques années plus tard, il y a 17 ans, elle se remaria avec un artiste lyrique, et redevint enceinte à plusieurs reprises : elle eut d'abord 3 avortements, puis un enfant superbe à la naissance, qui ne tarda pas à mourir à la campagne de « misère » et couvert de boutons ; 2 enfants ensuite naquirent et restent vivants, une fille de 16 ans et un garçon de 10 ans ; mais la petite fille a eu une enfance chétive avec une affection oculaire rebelle diagnostiquée kératite par les médecins qui la soignèrent. Voici bien des renseignements qui en l'absence de tout aveu et de tout stigmate spécifique présenté par la malade nous permettent de reconnaître l'existence d'une syphilis antérieure, niée d'ailleurs par le mari.

Quoiqu'il en soit, nous voyons que chez cette femme nous trouvons à côté de la prédisposition héréditaire déjà notée, l'influence syphilitique, dont on a voulu faire à tort le facteur

étiologique le plus important, sinon même indispensable, de la paralysie générale.

Voici comment la maladie actuelle a débuté, du moins apparemment : notre artiste lyrique semblait très bien portante lorsque, il y a 5 ou 6 ans, se trouvant en scène, subitement, elle perdit connaissance. Cette perte de connaissance ne s'accompagnait pas des grandes convulsions non plus que des étouffements observés habituellement dans ses attaques d'hystérie. Toujours est-il que transportée au foyer des artistes, elle ne reprit ses sens qu'au bout de 2 heures. Il n'y eut pas de suites graves les jours suivants, et, comme on la savait hystérique, on n'hésita pas à rapporter cet accident à la grande névrose et on ne s'alarma pas autrement. Eh bien ! à distance nous pouvons aujourd'hui affirmer qu'il ne s'agissait pas là d'une crise d'hystérie, mais bien d'une de ces attaques apoplectiformes qui marquent souvent le début de la paralysie générale et qui se sont répétées depuis chez notre malade, quoique avec une moindre intensité.....

Mais ce n'est pas tout, et je pense qu'il n'aurait pas été impossible alors d'éloigner le diagnostic de syphilis cérébrale sinon pour affirmer au moins pour soupçonner très fortement celui de paralysie générale.....

Je termine rapidement l'histoire si instructive, comme vous le voyez, de cette première malade. Après cet ictus apoplectiforme disparu sans laisser de traces, elle eut plusieurs attaques de moindre importance, des étourdissements, des états vertigineux. Puis on s'aperçut d'un changement dans son caractère ; elle se livrait à toutes sortes d'achats inconsidérés, faisait l'acquisition d'objets inutiles et sans aucune appropriation à ses besoins. Enfin l'affaiblissement intellectuel se révéla

tout à fait évident par des propos inconvenants et des actes grossiers et par une perte de la mémoire et une désorientation telles que, l'autre jour, son mari lui répondant qu'il était trois heures de l'après-midi, elle déclara que lorsqu'il serait midi, on se mettrait à table pour déjeuner. En même temps, elle perdait tout sentiment affectif et 2 jours avant son entrée, sa fille voulant l'empêcher de sortir, elle la guetta derrière la porte pour la rouer de coups. Bref, elle est arrivée progressivement dans l'état où vous l'avez vue, état que vous avez reconnu comme caractéristique de la paralysie générale confirmée et par des signes mentaux et par des signes physiques.

S'il fallait résumer les particularités intéressantes que présente l'histoire de cette malade nous dirions qu'il s'agit d'une paralysie générale survenue chez une hystérique à la fois prédisposée héréditaire et syphilitique avec début brusque par un ictus apoplectiforme pris pour une attaque d'hystérie.

OBSERVATION XXIII

Professeur JOFFROY, (Leçon clinique publiée par le
Bulletin médical, janvier 1904).

Je vais vous montrer un second exemple de paralysie générale survenue chez une hystérique.

C'est une femme de 34 ans. Je ne vous dirai pas quelle est sa profession, parce qu'elle n'en a guère : elle a été jadis domes-

tique ; mais depuis plusieurs années, c'est à l'hôpital qu'elle passe la plus grande partie de son temps.

Issue d'un père alcoolique et d'une mère hystérique ou épileptique, sœur et tante de suicidés, la malade, dès l'âge de 7 ou 8 ans, a eu des crises de nerfs se répétant plusieurs fois par mois ; crises hystériques très certainement : les convulsions n'entraînaient pas de perte complète de connaissance ni les autres phénomènes propres à l'attaque épileptique.

C'est en 1898 qu'elle manifesta des troubles mentaux qui l'amènèrent une première fois à Sainte-Anne. M. Magnan qui la vit à son entrée, M. Dufour, alors mon chef de clinique, les médecins de l'Asile de Villejuif où elle fut transférée, constatèrent tous l'existence d'attaques d'hystérie très fréquentes. Mais, en outre, elle présentait des accès de rires incessants, entremêlés de bavardages et de récriminations incohérentes qui décelaient un fonds de débilité mentale surajoutée à l'hystérie.

Depuis ce temps on l'a perdue de vue, mais vous la voyez maintenant dans un état qui n'est pas très différent de celui qu'elle présentait en 1898 : en un langage très peu châtié, la malade, bien orientée et très lucide, se fait un plaisir de redire les mêmes récriminations et les mêmes injures grossières niaises et enfantines, mentionnées il y a cinq ans. Vous l'entendez se plaindre de la malveillance des infirmières, des autres malades, des médecins qui la soignent actuellement et de ceux qui l'ont soignée antérieurement. Sans se faire prier, elle raconte ses exploits, comment elle a dérobé à la surveillante un poulet qu'elle a mangé en cachette, mais une autre malade l'a dénoncée, on l'a isolée dans une chambre et elle se lamente. Elle vous dira aussi comment elle vivait en ces dernières années, allant d'hôpital en hôpital, rendant de petits services aux infir-

mières et aux malades, petits services qui étaient toujours rémunérés, sans quoi elle ne se fut pas privée de se payer elle-même. En effet, elle n'a jamais beaucoup respecté le bien d'autrui : toute jeune, elle faisait l'école buissonnière et dérobait des pommes ; plus âgée, l'idée de voler ne l'a pas quittée ; elle a volé à différentes reprises. On trouve chez elle un grand nombre de perversions morales.

Voici comment elle est venue pour la seconde fois à Sainte-Anne : au cours de ses pérégrinations à travers les hôpitaux, elle se présenta en mars dernier à l'hôpital Cochin ; M. Dufour la reconnut et la fit entrer. On n'observait toujours chez elle que des symptômes assez difficiles à interpréter : un état mental révélant surtout une assez grande débilité, une conversation bizarre et incohérente, des accès de rire. En revanche les attaques d'hystérie avaient à peu près disparu. On cherchait donc un diagnostic, et c'est pourquoi M. Dufour fut amené à pratiquer une ponction lombaire. A sa grande surprise, elle lui fit découvrir une lymphocytose très nette du liquide céphalo-rachidien.

Sur ces entrefaites, elle eut une fièvre typhoïde (avril 1903) pour laquelle elle fut soignée dans le service de mon collègue M. Chauffard. Cette fièvre typhoïde évolua normalement, la guérison s'obtint assez régulièrement et la malade était en pleine convalescence, lorsqu'elle fut prise d'un accès d'excitation cérébrale, au cours duquel elle se vante encore aujourd'hui d'avoir cassé seize carreaux en un seul jour. Il y avait danger à la garder dans un service de médecine générale et M. Chauffard, pour lequel la malade n'a pas d'injures assez grossières, la fit passer ici où elle entra le 22 mai dernier.

Son excitation maniaque se calma très rapidement et la

malade redevint ce qu'elle était auparavant, c'est-à-dire, telle que vous venez de la voir : débilité mentale manifeste, perversions instinctives. Le délire, les hallucinations manquent complètement, car il paraît difficile de décorer du nom d'idées délirantes de persécutions ou d'idées hypocondriaques toutes les récriminations niaises et les souffrances imaginaires dont se plaint sans cesse la malade.

Nous en étions donc au même point qu'en 1898, mais nous avons en plus un renseignement, tout à fait précieux en l'espèce, que nous avait transmis M. Dufour : la lymphocytose révélée par la ponction lombaire.

Tout de suite, cette lymphocytose rachidienne chez cette malade affaiblie intellectuellement nous fit penser à la paralysie générale.

Nous avons donc recherché systématiquement les autres signes physiques de la paralysie générale, et nous avons trouvé quelques accrocs de la parole pour les mots d'épreuve et surtout une inégalité pupillaire très nette avec signe d'Argyll Robertson, qui nous permettent de conclure que, malgré l'absence du délire, notre malade est très certainement atteinte de paralysie générale.

CONCLUSIONS

1° L'hystérie simule rarement et mal la paralysie générale.

2° Dans le cours d'une paralysie générale, un ou plusieurs symptômes de nature hystérique peuvent venir compliquer les troubles de la maladie organique. Il en résulte une association hystéro-organique semblable aux associations des maladies de la moelle et de l'hystérie.

3° La paralysie générale ne présente pas une évolution spéciale lorsqu'elle se développe sur le terrain hystérique. Cependant quelquefois, à la période de début, l'hystérie se révèle par des accès convulsifs, des hallucinations, un délire d'un caractère particulier qui viennent s'ajouter à la symptomatologie ordinaire.

4° L'hystérie s'atténue et disparaît soit au début, soit dans le cours de la paralysie générale, mais toujours à une période peu avancée de celle-ci.

5° L'alliance de l'hystérie et de la paralysie générale est rare. Nous la croyons cependant beaucoup moins rare que ne l'indique le nombre des observations.

Vu le : Président de la thèse,

JOFFROY

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,

Pour le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L'Inspecteur de l'Académie

L. BOMPART

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- A. VOISIN. — Traité de la paralysie générale des aliénés,
1879.
- REGIS. — Gazette médicale de Paris. Janvier, 1882.
- PH. REY. — Annales médico-psychologiques, 1883, 6^e série,
tome 9.
- Annales médico-psychologiques, 1885, 7^e série,
tome 2.
- CAMUSET. — Annales médico-psychologiques, 1884, 6^e série,
tome 11.
- CHARRIÈRE. — Thèse Paris, 1882.
- CHARPENTIER. — Annales, médico-psychologiques. Juin
1890.
- BABINSKY. — Société médicale des Hôpitaux. Novembre
1892.
- CHARCOT. — Leçons du mardi. *Association de l'hystérie
avec la sclérose en plaques, le tabes.*
- LIBOUCHINE. — Revue de neurologie, 1900.
- COLLET ET J. LÉPINE. — Revue de médecine. Décembre 1902.
- JUQUÉLIER. — Annales médico-psychologiques, 1903, 8^e série,
tome 17.

- A. MARIE. — Annales médico-psychologiques, 1903, 8^e série, tome 17.
- JOFFROY. — Bulletin médical. Janvier 1904. *Hystérie et paralysie générale.*
- BALLET. — Traité de pathologie mentale, 1904. *Paralysie générale.*
- Semaine médicale, 1893, n^o 67. *Période prodromique à forme neurasthénique de la paralysie générale.*
- BRISSAUD. — Gazette des hôpitaux 1889, n^o 134. *Hystérie provoquée.*
- Leçons sur les maladies du système nerveux, 1899.
- MAGNAN ET SERIEUX. — La paralysie générale, 1894.
- DEBOVE ET ACHARD. — Manuel de médecine, tome III. *Paralysie générale.*
- DUTIL. — Thèse Paris, 1891. *Du tremblement hystérique.*
- SOUQUES. — Thèse Paris, 1891. *Syndromes hystériques simulateurs des maladies de la moelle.*
- BARDOL. — Thèse Paris, 1893. *De l'hystérie simulatrice des maladies de l'encéphale chez l'enfant.*